



## Demande d'ouverture d'une nouvelle pharmacie

*(Faire parvenir ce formulaire au bureau au moins 30 jours avant l'ouverture.)*

La demande de certificat d'exploitation d'une nouvelle pharmacie doit répondre aux exigences prévues aux paragraphes 13.8 et 13.9 du **Règlement de l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick**.

L'exploitation de la pharmacie sera conforme aux exigences prévues aux **articles 17, 18 et 19 de ce même Règlement**.

De plus, **une inspection avant ouverture est exigée** et un inspecteur nommé par l'Ordre effectuera l'inspection de deux à cinq jours ouvrables avant la date prévue de l'ouverture de la pharmacie. La pharmacie doit être complètement aménagée et prête à ouvrir au moment de l'inspection. Toute nouvelle inspection requise fera l'objet de « frais de nouvelle inspection d'une pharmacie » cités dans la Liste des frais de l'Ordre. Les inspections ont lieu du lundi au vendredi, de 8 à 17 heures.

**Le formulaire de demande d'ouverture d'une pharmacie doit parvenir au siège de l'Ordre au moins 30 jours avant la date prévue d'ouverture de la nouvelle pharmacie.** Dès que la demande aura été jugée admissible par l'Ordre, un membre du personnel communiquera avec le gérant de la pharmacie afin de fixer le jour et l'heure de l'inspection avant ouverture.

### PARTIE I - INFORMATION SUR LA PHARMACIE

---

Date prévue de l'ouverture de la pharmacie : .....  
Année Mois Jour

Nom de la pharmacie (apparaissant sur le certificat d'exploitation) : .....

Nom d'incorporation : .....

Adresse civique : .....

Ville : ..... Province : ..... Code postal : .....

N° téléphone : ..... N° de télécopieur : .....

Adresse courriel de la pharmacie : .....

Site Web de la pharmacie : .....

**Pharmacien ou pharmacienne titulaire d'une licence qui devient titulaire du certificat d'exploitation (gérant de la pharmacie) :**

Nom : ..... N° de matricule : .....



## PARTIE 2 - INFORMATION SUR LE PROPRIÉTAIRE

Nom du propriétaire de la pharmacie : .....

N° de téléphone du propriétaire : .....

Adresse courriel du propriétaire : .....

## PARTIE 3 – EXIGENCES VISANT L'OUVERTURE D'UNE NOUVELLE PHARMACIE

---

Les renseignements suivants doivent obligatoirement accompagner la demande :

- Plan des lieux montrant les emplacements suivants :
  - o l'officine
  - o la zone des produits en sélection autonome (produits à l'annexe III)
- Photos numériques comme suit :
  - o À partir du centre de l'officine, montrant toute l'officine
  - o À partir du devant de l'officine et montrant toute l'officine (y compris la zone des produits en sélection autonome ou à l'annexe III)
  - o Des zones distinctes suivantes le cas échéant (faire ressortir ces zones sur le plan des lieux) :
    - Zone de préparation
    - Conditionnement spécialisé
    - Salle ou zone de counselling
    - Réfrigérateur(s)
    - Évier(s)
    - Toilette(s)
    - Préparations stériles
    - Zone sous clé pour le rangement des stupéfiants et médicaments réglementés
- Spécimens de vos étiquettes
- Nom de votre logiciel de gestion

---

J'atteste que j'ai une bonne compréhension des fonctions et responsabilités inhérentes à cette entreprise et assurerai l'exploitation de cette pharmacie en conformité avec la Loi sur les pharmaciens, son Règlement, et toutes les autres exigences établies par l'Ordre des pharmaciens du N.-B.

Je comprends et reconnais que le poste de gérant de pharmacie constitue une responsabilité à plein temps et je m'engage à consacrer mon attention à la gestion de cette pharmacie conformément à la Partie XX du Règlement de l'Ordre des pharmaciens du N.-B.

Je comprends que je dois remplir un nouveau formulaire d'inscription pour le TAO si la pharmacie fournit de la buprénorphine/naloxone, de la méthadone, de la morphine orale à libération lente uni quotidienne (LLU) ou de l'hydromorphone injectable pour auto-administrations par le patient (TAOi) aux fins de traitement de la dépendance aux opioïdes (Le formulaire d'inscription peut être trouver sur le profil en ligne de la Pharmacie).

.....  
Gérant de la pharmacie, titulaire du certificat d'exploitation Date

.....  
Propriétaire de la pharmacie Date

**Le paiement doit accompagner le formulaire de demande. Veuillez consulter la *Liste de cotisations* sur notre site Web pour connaître les frais applicables.** Les modalités acceptables de paiement sont les suivantes : chèque, MasterCard ou Visa.

**N° de carte de crédit** ..... **Exp. :** .....